

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT N°

001

Cadre réservé à ADEP

DÉBITEUR :

Nom, Prénom : _____

Votre adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Coordonnées IBAN du compte à débiter (*International Bank Account Number*)

BIC : _____

CRÉANCIER :

ADEP

CS 80618

574 route de Corneilhan

34535 BÉZIERS CEDEX

I.C.S. :

FR86ZZZ516151

Identifiant Créancier SEPA

Type de paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel/Unique

Mandat à retourner complété et signé à :

ADEP - CS 80618 - 574 Route de Corneilhan - 34535 BÉZIERS CEDEX

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire, bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données, ainsi que de limitation ou d'opposition au traitement des données le concernant.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Délégué à la protection des données, DPO ADEP - 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS cedex ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, les Assurés ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales). En cas de désaccord, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) et le Bénéficiaire, peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADEP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADEP.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à : _____
le _____

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Signature de l'Adhérent(e)

Signez ici